

Solicitud 2024-2025 de Iowa para comidas/leche en la escuela gratis o a precio reducido

Complete una solicitud por familia. Utilice bolígrafo (no lápiz).

Esta aplicación no puede ser aprobada a menos que presente la información completa de elegibilidad.

| PASO 1 Enumere TODOS los miembros de su familia que sean bebés, niños y estudiantes hasta e incluyendo grado 12 (si requiere espacio para nombres adicionales, adjunte la hojeda trabajo suplementaria). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|----|--------------------|---------------------|---|--|-------------------|-------|------------------|-------------------------------------|----------|--|---|--|---|--|--|--|--|
| Definición del miembro de familia: "Cualquier persona que viva con usted y comparta los ingresos y gastos, incluso si no estén relacionados". Los niños en cuidado sustituto y los niños que cumplan con la definición de personas sin hogar, inmigrantes o que han huido , son elegibles para recibir comidas gratis. Tenemos la obligación de solicitar información sobre la etnicidad de sus hijos y su origen étnico. Esta información es importante y ayuda a asegurar que estamos prestando un servicio completo a nuestra comunidad. | Primer nombre del menor | SN | Apellido del menor | Fecha de nacimiento | ¿Estudiante? | | Escuela del menor | Grado | Crianza Temporal | Sin hogar, inmigrante, que ha huido | Opcional | | | | | | | | |
| | | | | | Completar esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para que reciban comidas gratis o a precio reducido | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Origen étnico | | | | | | Raza | | H= Hispano o Latino N= No Hispano o Latino | | A=Asiático W=Blanco I= Amerindio o Nativo de Alaska B= Negro o Afroamericano P= Nativo de Hawái u otro Isteño del Pacífico | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PASO 2 ¿Alguno de los miembros del hogar (incluido usted) en este momento participan en uno o más de los siguientes programas de asistencia?: ¿SNAP, FIP, o FDIPIR? No, vaya al PASO 3. Si su respuesta es Sí, escriba un número de caso aquí y vaya al paso 4 (No complete el PASO 3).

Escriba solo un número de caso en este espacio. No se aceptan números de tarjeta Medicaid y EBT. Número de caso: _____ - _____ - _____

PASO 3 Informe de ingresos de TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si respondió "Sí" al PASO 2) Si desea hacer su solicitud vía internet, vaya a _____

| | | | |
|--|--|--------------|----------------------------------|
| A: Miembros totales del hogar (Niños y adultos) | B. últimos cuatro dígitos del números del seguro social (SSN) de Principal asalariado u otro Miembro adulto del hogar | XXX-XX-_____ | C. Marque si no tiene SSN |
|--|--|--------------|----------------------------------|

D. Todos los miembros adultos del hogar (incluido usted mismo) Enumere todos los miembros del hogar no mencionados en el PASO 1 así ellos no reciban ingresos. Por cada miembro del hogar mencionado, si recibe ingresos, informe el ingreso bruto total (antes de impuestos) por cada fuente sólo en dólares (no centavos). Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, usted está certificando (prometiéndolo) que no hay ingresos para reportar. Las aplicaciones con campos de ingresos en blanco serán procesadas como completas. Si requiere más espacios para nombres adicionales, adjunte la hoja de trabajo suplementaria. La sección de **fuentes de ingresos para adultos** le ayudará con la sección de **todos los miembros adultos del hogar**. Informe los ingresos antes de las deducciones o impuestos en dólares enteros.

| Nombre de adultos miembros del hogar | Ganancia bruta de trabajo/ Todos los demás | | | | | Ganancia bruta de Asistencia pública/ Manutención de niño /Pensión - Bruta | | | | | Ganancia bruta de Ingresos brutos por Pensiones / Jubilación | | | | | | | | | |
|---|---|--|-----------|--|--------|--|---------|--|-------|--|--|--|-----------|--|--------|----|---------|--|--|--|
| | ¿con qué frecuencia? (marque "x" en la casilla) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Semanal mente | | Quincenal | | 2x Mes | | Mensual | | Anual | | Semanal mente | | Quincenal | | 2x Mes | | Mensual | | | |
| nombre y apellido. Incluya a los niños que estén temporalmente en la escuela o universidad. | \$ | | | | | \$ | | | | | \$ | | | | | \$ | | | | |
| | \$ | | | | | \$ | | | | | \$ | | | | | \$ | | | | |
| | \$ | | | | | \$ | | | | | \$ | | | | | \$ | | | | |
| | \$ | | | | | \$ | | | | | \$ | | | | | \$ | | | | |

E. Ingresos del menor: Los niños en el hogar a veces ganan o reciben dinero. Incluya aquí el ingreso bruto TOTAL de todos los miembros del hogar enunciados en el PASO 1.

| Ingreso total del menor | ¿con qué frecuencia? (marque "x" en la casilla) | | | | |
|-------------------------|---|-----------|--------|---------|-------|
| | Semanal | Quincenal | 2x Mes | Mensual | Anual |
| \$ _____ | | | | | |

PASO 4 Información de contacto y firma de un adulto la página dos contiene más información

"Certifico (prometo) que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de Fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (revisar) dicha información. Soy consciente de que si he dado información falsa de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado bajo las leyes federales y estatales pertinentes".

| | | |
|---|--|-------|
| Firma del adulto que completó el formulario | Nombre impreso del adulto que completó el formulario | Fecha |
|---|--|-------|

| | | | | | | |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|---------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Dirección de domicilio (si la tiene) | Apt. # | Ciudad | Estado | Código postal | Teléfono durante el día (opcional) | Correo electrónico (opcional) |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|---------------|------------------------------------|-------------------------------|

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA. SÓLO PARA USO ADMINISTRATIVO. Devuelva el formulario completo a: _____

| | | | | | | | | |
|----------------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------|---------|-------|----------------------------|--|---------------------------|
| Conversión de ingresos anuales | x52 | x26 | X24 | X12 | Anual | Ingreso familiar: \$ _____ | Aplicación #: _____ | Fecha de recepción: _____ |
| Tamaño del hogar: _____ | Samana | Quinenal | Veses al mes | Mensual | | | <input type="checkbox"/> Solicitud de propensa a errores | |
| Funcionario que toma la decisión | Fecha de entrada en vigor | Funcionario de confirmación | Fecha | | | Firma de seguimiento | Fecha | |

Aplicación aprobada Ingresos hijo adoptivo FIP/Asistencia alimenticia Head Start (requiere documentación) Sin hogar/Inmigrante/Huyó de casa- Requiere Documentación Oficial Local

Determinación de elegibilidad Gratis Reducido leche gratis Aplicación rechazada Supera los límites de ingresos Incompleta

Seguro médico de bajo costo para niños

Si sus hijos no tienen seguro de salud, muchas de las familias que reciben alimentación gratuita o a precio reducido también pueden obtener un seguro de salud gratuito o de bajo costo para sus hijos. La ley exige que las escuelas públicas compartan su información de elegibilidad para recibir alimentación gratis o a precio reducido con Medicaid y Hawki, el programa estatal de seguro médico para niños. Las escuelas privadas, RCCIs y organizaciones de cuidado para niños pueden optar por compartir esta información. En especial, les daremos el nombre de su hijo, su nombre y dirección. Medicaid y Hawki sólo pueden utilizar la información para identificar niños que puedan ser elegibles para el seguro de salud gratis o de bajo costo y contactarlo.

Ellos no están autorizados para utilizar la información de esta solicitud de comidas gratis o a precio reducido para cualquier otro fin o para compartirlo con cualquier otra entidad o programa. Usted no está obligado a permitirnos compartir esta información, esto no afectará la elegibilidad de su hijo para comidas gratis o a precio reducido. **Si NO desea que su información sea compartida con Medicaid o Hawki, debe decírnoslo completando la información a continuación.** Si desea mayor información, puede llamar a Hawki al 1-800-257-8563. También, si usted ya está recibiendo Medicaid o Hawki, por favor firme abajo. Esto evitará otro contacto.

Mi firma a continuación indica que NO deseo que los funcionarios de la escuela compartan la información de mi solicitud para comidas gratis o a precio reducido con Medicaid o Hawki.

Nombre del padre / tutor (Impreso) _____ Firma _____ Fecha _____

La **Ley de Almuerzo Escolar Nacional Richard B. Russell**, exige la información en esta solicitud. Usted no está obligado a dar la información, pero si no presenta toda la información necesaria, no podemos aprobar a su hijo para que reciba comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del miembro adulto del hogar que firma la solicitud. Los últimos cuatro dígitos del número del seguro social no se requieren cuando aplica en representación de un hijo de crianza o presenta una Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), un Programa de Inversión Familia (FIP), o un número de caso de Programa de Distribución de Alimentos o ReservasIndígenas (FDPIR) u otro identificador FDPIR para el menor o cuando indica que el miembro adulto del hogar que firma la aplicación no tiene número del seguro social. Usaremos su información para determinar si su hijo es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y cumplimiento de los programas de almuerzo y desayuno. Podemos compartir su información de elegibilidad con programas de educación, salud y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar o determinar los beneficios para sus programas, auditores para revisión de programas, y funcionarios policiales para ayudarles a investigar violaciones a las normas del programa.

Declaración de no discriminación del USDA: De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalia por actividad anterior de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas, además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación del programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y en dicha carta exponga toda la información solicitada en el formulario. Para obtener una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o carta al USDA por:

- (1) Correo postal: U.S. Department of Agriculture
Oficina del secretaries adjunto de derechos civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

* No envíe solicitudes a esta dirección; solo quejas por discriminación.

Declaración de no discriminación de Iowa: "Es la política de este proveedor CNP, no discriminar por motivos de raza, credo, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen nacional, discapacidad, edad o religión, en sus programas, actividades o prácticas de empleo, según lo exigido por la sección del código de Iowa 216.6, 216.7 y 216.9. Si tiene preguntas o quejas relacionadas con el cumplimiento de esta política por parte este proveedor CNP, por favor, contacte a la Comisión de Derechos Civiles de Iowa, Grimes State Office building, 400 E. 14th St. Des Moines, IA 50319-1004; número telefónico 515-281-4121, 800-457-4416; página de internet: <https://icrc.iowa.gov/>."

Esta institución es un proveedor que fomenta la igualdad de oportunidades.

Hay solicitudes traducidas en: <http://www.fns.usda.gov/school-meals/translated-applications>

Información opcional de exención

Devuelva el formulario completo a:

| Fuentes de ingreso del niño | Ganancias de trabajo (Fuentes de ingresos para adultos) | Asistencia pública/pensión alimenticia/manutención de niños (Fuentes de ingresos para adultos) | Pensiones / Jubilación / Todos los ingresos adicionales (Fuentes de ingresos para adultos) |
|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ganancias de trabajo • Seguridad social <ul style="list-style-type: none"> ○ Pagos de discapacidad ○ Beneficios de sobreviviente • Ingresos de personas <i>ajenas</i> al hogar • Ingresos de cualquier otra Fuente | <ul style="list-style-type: none"> • Sueldos, salarios, bonos en efectivo • Ingreso neto de trabajo por cuenta propia (granja o empresa) • Si usted hace parte de las fuerzas militares de los Estados Unidos: <ol style="list-style-type: none"> a) Pago básico y bonos con valor en efectivo (NO incluya el pago por combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados) b) Subsidios para la vivienda fuera de la base, alimentación y ropa | <ul style="list-style-type: none"> • Beneficios de desempleo • Compensación a trabajadores • Ingreso de seguridad suplementario (SSI, por su sigla en inglés) • Asistencia en efectivo del gobierno estatal o local • Pagos de alimentos • Pagos de manutención de niño • Beneficios para veteranos • Beneficios de huelga | <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad Social (incluyendo jubilación del ferrocarril y beneficios de enfermedad pulmonar minera) • Pensiones privadas o beneficios por discapacidad • Ingresos regulares por fideicomisos o sucesiones • Anualidades • Ingresos por inversiones • Intereses ganados • Ingresos de rentas • Pagos en efectivo regulares desde fuera del hogar |

Hoja suplementaria para la solicitud 2024-2025 de Iowa para comidas escolares gratuitas o a precio reducido

Niños adicionales en su hogar (no listados en la página 1)

| Primer nombre del menor | SN | Apellido del menor | Fecha de nacimiento | ¿Estudiante? | | Escuela del menor | Grado | Crianza Temporal | Sin hogar, inmigrante, que ha huido | Opcional | |
|-------------------------|----|--------------------|---------------------|--------------|----|-------------------|-------|------------------|-------------------------------------|---|---|
| | | | | Sí | NO | | | | | Completar esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para que reciban comidas gratis o a precio reducido | |
| | | | | | | | | | | Origen étnico | Raza |
| | | | | | | | | | | H= Hispano o Latino N= No Hispano o Latino | A=Asiático W=Blanco I= Amerindio o Nativo de Alaska B= Negro o Afroamericano P= Nativo de Hawái u otro Isleño del Pacífico |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Cualquier ingreso obtenido por los niños mencionados anteriormente se debería incluir bajo el Paso 3 A en la primera página de la solicitud.

Adultos adicionales en su hogar (no listados en la página 1)

| Nombre de adultos miembros del hogar nombre y apellido. Incluya a los niños que estén temporalmente en la escuela o universidad. | Ganancia bruta de trabajo/ Todos los demás | | | | | Ganancia bruta de Asistencia pública/ Manutención de niño /Pensión - Bruta | | | | Ganancia bruta de Ingresos brutos por Pensiones / Jubilación | | | | | |
|---|---|-----------|--------|---------|-------|--|-----------|--------|---------|--|-----------|--------|---------|--|--|
| | ¿con qué frecuencia? (marque "x" en la casilla) | | | | | ¿con qué frecuencia? (marque "x" en la casilla) | | | | ¿con qué frecuencia? (marque "x" en la casilla) | | | | | |
| | Semanal mente | Quincenal | 2x Mes | Mensual | Anual | Semanal mente | Quincenal | 2x Mes | Mensual | Semanal mente | Quincenal | 2x Mes | Mensual | | |
| | \$ | | | | | \$ | | | | | \$ | | | | |
| | \$ | | | | | \$ | | | | | \$ | | | | |
| | \$ | | | | | \$ | | | | | \$ | | | | |
| | \$ | | | | | \$ | | | | | \$ | | | | |
| | \$ | | | | | \$ | | | | | \$ | | | | |
| | \$ | | | | | \$ | | | | | \$ | | | | |

Cálculo del impuesto sobre la renta para trabajadores independientes

Esta guía le ayudará a calcular la cantidad que debe declarar si se trabaja como agricultor, trabajador independiente, o tiene ingresos procedentes de otras fuentes.

Los trabajadores independientes pueden usar registros de impuestos del año calendario anterior como base para proyectar los ingresos netos del año en curso, a menos que el ingreso mensual actual proporcione una medida más exacta. Informe ingresos derivados de negocios comerciales menos los costos operativos en que se incurre para la generación de ese ingreso. Dedicaciones de gastos personales tales como intereses sobre pagos de vivienda, gastos médicos y otras deducciones no correspondientes a sus negocios, no están permitidos en la reducción de ingresos brutos de la empresa. Los ingresos adicionales por otros tipos de empleo se deben tratar por separado y aparte de los ingresos generados o perdido de su empresa. Por ejemplo, si usted ha operado una empresa con una pérdida neta, pero ha mantenido un empleo adicional por el que ha recibido un salario, sus ingresos, para fines de solicitud de alimentación a precio reducido o gratuita sería solamente el ingreso del salario. Las pérdidas de la empresa no son deducibles de un ingreso positivo obtenido en otro empleo. Para esta solicitud no es posible informar un ingreso negativo de cualquier empresa. El menor ingreso posible es cero (sin ingresos). La información necesaria para llegar a un ingreso permisible de operaciones de empresa privada se puede obtener en su más reciente de Formulario 1040 o 1040-SR, incluso programar uno. de Declaración del Impuesto Individual de los Estados Unidos - Formulario 1040 o 1040-SR y Programa 1. Suma las cantidades reportadas en las siguientes líneas:

- Ganancia o (pérdida) de capital Formulario 1040 o 1040-SR, LÍNEA 7 \$ _____
- ingresos de empresa o (pérdida) Programa 1 Parte 1, LÍNEA 3 \$ _____
- Otras ganancias o (pérdidas) Programa 1 Parte 1, LÍNEA 4 \$ _____
- alquiler de inmuebles, regalías, sociedades, corporaciones S, fideicomisos, etc. Programa 1 Parte 1, LÍNEA 5 \$ _____
- ingresos de agricultura o (pérdida) Programa 1 Parte 1, LÍNEA 6 \$ _____

TOTAL \$ _____ ingresos anuales brutos antes de deducciones. **Ingresos Mensuales Calculados** \$ _____ (ingreso bruto anual ÷ 12 = ingresos mensuales calculados).

Los ingresos calculados deben ser reportados en el paso 3 de la solicitud de alimentación escolar gratuita y a precio reducido, bajo todos los demás ingresos.